

Richiesta Dei Genitori Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico/Direttore Agenzia Formativa

Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/ Agenzia formativa/ Nido/Scuola d'infanzia/
Scuola secondaria I o II GRADO

I sottoscritti (padre) _____ (madre) _____
in qualità di Genitori/Tutori del minore _____ iscritto per l'anno scolastico _____
presso la scuola/nido/materna _____ classe/sezione _____ vista la specifica patologia
del minore _____
chiedono:

- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco e/o nell'autoesecuzione dell'intervento in orario scolastico.
- la somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico;
- la richiesta il rinnovo dell'autorizzazione alla somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico; all'uopo dichiarano:

1) che considerati gli atti depositati presso I.C./Istituto Scolastico ai sensi del D.G.R. 50-7641 con nota prot. n. _____ del _____ relativi al/alla minore stessa **con la presente rinnovano formalmente l'atto di delega nei confronti del personale scolastico precedentemente delegato e autorizzato** con atto nota prot. n del _____ del Direttore del Distretto Sanitario competente

2) che il piano terapeutico/intervento/i assistenziale/i richiesti non sono variati rispetto a quanto prescritto e richiesto per gli anni scolastici precedenti frequentati presso lo stesso plesso. A tal fine allegano specifica certificazione/prescrizione medica.

3) che provvederanno ad inoltrare tempestivamente al Dirigente Scolastico, attraverso la documentazione medica (all. 3-3bis) ogni variazione del piano prescrittivo precedentemente consegnato.

Data: _____

Firma (genitore 1)

Firma (genitore 2)